
KARTA ZAPISU NA PÓŁKOLONIĘ W SZKOLE PODSTAWOWEJ Nr 1 W USTCE

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. Data i miejsce urodzenia:.....
3. Adres zamieszkania:.....
4. Telefon kontaktowy:.....
5. Nazwa szkoły do której dziecko uczęszcza
6. Liczebność rodziny:
 - troje lub więcej dzieci w rodzinie
 - dwoje dzieci w rodzinie
 - jedno dziecko w rodzinie
7. Sytuacja materialna rodziny:
 - bardzo trudna
 - trudna
 - dobra
 - zła
8. Niepełnosprawność w rodzinie (rodzice, dzieci)
 - tak
 - nie
9. Rodzina:
 - pełna
 - matka/ojciec samotnie wychowujący
10. Uregulowana składka na Radę Rodziców
 - tak
 - nie

.....

Podpis rodzica

/pieczęć organizatora/

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku : PÓŁKOLONIA
2. Termin wypoczynku -
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku
Szkoła Podstawowa nr 1 w Ustce, ul. Darłowska 18, 76-270 Ustka

Ustka,

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Imiona i nazwiska rodziców
3. Rok urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnosprawnego)
.....
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości:

- **wypoczynek nieodpłatny**

.....
uczestnika na wypoczynek (miejscowość, data)

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
.....
.....

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....

.....

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec.....

błonica.....

dur.....

inne.....

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).

.....
(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się/właściwe zaznaczyć znakiem/:

___zakwalifikować i skierować
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

___Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

.....

.....

(data)

(podpis organizatora wypoczynku)

